

제공기록지 (20 년 월)

☐예외지급결제

활동지원기관	(사)한국장애인부모회 화성시지부	급여종류 : 활동보조/ 기관번호 : 5300-0002	활동인 성명 :
이 용 자	생년월일 :	활동지원등급 :	이용자 성명 :
	주 소 :		전 화 번 호 :

서비스 구분	세부내용	제공일 및 제공시간							
		/	/	/	/	/	/	/	/
사회활동지원	등하교/출퇴근								
	외출동행								
신체활동지원	개인위생 관 리								
	신체기능 유지·증진								
	식사도움								
	실내이동 도 움								
가사활동지원	청소/주변정돈								
	세 탁								
	취 사								
그 밖의 제공서비스	()								

시작종료 제공시간	시작시간								
	종료시간								
총 서비스 제공시간									
총 서비스 이용금액									

확 인 (인 또는 서명)	활동지원사								
	이 용 자 또는 보호자								
	전담관리인력								

수 급 자 특이사항 / 업 무 상 특이사항	
-------------------------------------	--